Canada Communicable Disease Report ◆ Relevé des maladies transmissibles au Canada

CCDR·RMTC

15 June 2002 • Volume 28 • Number 12

le 15 juin 2002 • Volume 28 • Numéro 12

ISSN 1188-4169

Contained in this issue:

- Preliminary report – Natural or raw almonds and an outbreak of a rare phage type of *Salmonella enteritidis* infection · · · · · · · 97
- Revision of the international health regulations – Progress report, May 2002 · · · · · · ·

PT30 was isolated from the natural or raw, whole almonds collected. On 18 April, 2001, the recall was expanded to include mixed snack products containing natural almonds. Two public advisories by CFIA warned the public not to consume these products. The sole supplier of almonds for the chain of stores, a firm from the United States (U.S.), voluntarily ceased shipment of almonds to Canada.

This is the first time that almonds have been reported as a source of *Salmonella* infection. Literature indicates that nutmeats such as almonds and pecans can be a source of enteric infection[1,2]. In 1994-1995 a peanut-flavoured ready-to-eat kosher snack was the source of an outbreak due to *S. agona*[3]. In 1996, the source of an outbreak due to *S. mbandaka* in Australia was attributed to peanut butter[4].

Subsequent to the initial investigation and recall, other *S. enteritidis* PT30 cases were reported in British Columbia and the U.S. Cases in these other locations had consumed raw natural almonds traced to the same U.S. supplier.

The source and mechanism of contamination are under investigation by U.S. federal and state public health authorities. The investigations in the U.S. will seek to identify the source and the mechanism of contamination to provide information aimed at preventing future outbreaks. The almond industry is expected to prepare a set of guidelines to minimize the risk of microbial contamination in their products.

The success of this investigation is in part due to enhanced laboratory characterization of the organism, beyond routine typing of *Salmonella* isolates, to include molecular methods and phage typing. Because the epidemiologists focused on cases with the rare phage type, through case interviews they were able to identify common exposure, then test and confirm the source of the outbreak. In this national outbreak, the ability to detect a novel food source of *Salmonella* was facilitated by having the investigation coordinated at the national level, which enabled immediate cross-referencing, call-backs, rechecks and then confirmation of a similar exposure among cases.

References

1. Hyndman JB. *Comparison of enterococci and coliform microorganisms in commercially produced pecan nut meats*. Appl Microbiol 1963;11:268-72.
2. Kokal D, Thorpe DW. *Occurrence of* ***Escherichia coli*** *in almonds of nonpareil variety*. Food Technology 1969;23:227-32.
3. Killalea D, Ward LR, Roberts D et al. *International epidemiological and microbiological study of outbreak of* ***Salmonella agona*** *infection from a ready to eat savoury snack – I: England and Wales and the United States*. Br Med J 1996;313:1093-94.
4. Scheil W, Cameron S, Dalton C et al. *A South Australian* ***Salmonella mbandaka*** *outbreak investigation using a database to select controls*. Aust N Z J Public Health 1998;22:536-39.

Source: *ES Chan[1], J Aramini[2], B Ciebin[1], D Middleton[1], R Ahmed[1], M Howes[1], I Brophy[1], I Mentis[1], F Jamieson[1], F Rodgers[10], M Nazarowec-White[1], SC Pichette[1], J Farrar[1], M Gutierrez[1], WJ Weis[1], L Lior[1], A Ellis[2], S Isaacs[2].*

1. Field Epidemiology Training Program, Health Canada, Ottawa, Ontario, Canada, 2. Division of Enteric Foodborne and Waterborne Diseases, Health

S. enteritidis PT30 a été isolé dans les amandes entières naturelles ou brutes qui avaient été recueillies. Le 18 avril 2001, le rappel a été étendu pour inclure les mélanges pour collation contenant des amandes naturelles. Deux avis publics ont été émis par l'Agence canadienne d'inspection des aliments pour avertir la population de ne pas consommer ces produits. L'unique fournisseur d'amandes pour la chaîne d'alimentation, une entreprise des États-Unis (É.-U.), a volontairement cessé d'expédier des amandes au Canada.

C'est la première fois que des amandes sont tenues responsables d'une salmonellose. Les études publiées indiquent que les noix comme les amandes et les pacanes peuvent être une source d'infection entérique[1,2]. En 1994-1995, une collation cachère prête à manger à saveur d'arachide a été mise en cause dans une éclosion d'infection à *S. agona*[3]. En 1996, l'origine d'une éclosion d'infection à *S. mbandaka* en Australie a été attribuée à du beurre d'arachides[4].

Après l'enquête initiale et le rappel du produit, d'autres cas d'infection à *S. enteritidis* PT30 ont également été signalés en Colombie-Britannique et aux É.-U. Les cas dans ces autres endroits avaient également consommé des amandes entières naturelles brutes provenant du même fournisseur américain.

La source et le mécanisme de contamination font l'objet d'une enquête par les autorités sanitaires fédérales et d'État aux É.-U. Les enquêtes dans ce pays visent à obtenir de l'information afin de prévenir la survenue d'autres éclosions. L'industrie de l'amande devrait préparer une série de lignes directrices dans le but de réduire au minimum la contamination microbienne de ses produits.

Le succès de cette enquête est dû en partie à la caractérisation poussée en laboratoire du micro-organisme, qui ne s'est pas limitée au typage courant des isolats de *Salmonella* et a fait appel à des méthodes moléculaires et à la lysotypie. En se concentrant sur les cas dus à un lysotype rare, par le biais d'entrevues, les épidémiologistes ont été en mesure d'identifier une exposition commune, puis d'effectuer des tests et de confirmer la source de l'éclosion. Lors de cette éclosion d'envergure nationale, de nouvelles sources alimentaires de *Salmonella* ont pu être détectées grâce à la coordination de l'enquête à l'échelle nationale, qui a permis un couplage immédiat des données, le rappel téléphonique des cas, des vérifications ultérieures et enfin la confirmation d'une exposition similaire subie par les cas.

Références

1. Hyndman JB. *Comparison of enterococci and coliform microorganisms in commercially produced pecan nut meats*. Appl Microbiol 1963;11:268-72.
2. Kokal D, Thorpe DW. *Occurrence of* ***Escherichia coli*** *in almonds of nonpareil variety*. Food Technology 1969;23:227-32.
3. Killalea D, Ward LR, Roberts D et coll. *International epidemiological and microbiological study of outbreak of* ***Salmonella agona*** *infection from a ready to eat savoury snack – I: England and Wales and the United States*. Br Med J 1996;313:1093-94.
4. Scheil W, Cameron S, Dalton C et coll. *A South Australian* ***Salmonella mbandaka*** *outbreak investigation using a database to select controls*. Aust N Z J Public Health 1998;22:536-39.

Source : *ES Chan[1], J Aramini[2], B Ciebin[1], D Middleton[1], R Ahmed[1], M Howes[1], I Brophy[1], I Mentis[1], F Jamieson[1], F Rodgers[10], M Nazarowec-White[1], SC Pichette[1], J Farrar[1], M Gutierrez[1], WJ Weis[1], L Lior[1], A Ellis[2], S Isaacs[2].*

1. Programme de formation en épidémiologie d'intervention, Santé Canada, Ottawa (Ontario), 2. Division des entéropathies et des maladies d'origine hydrique et alimentaire, Santé Canada,

Canada, Guelph, Ontario, Canada; 3. Central Public Health Laboratory, Ontario Ministry of Health, Toronto, Ontario, Canada; 4. Disease Control Division, Public Health Branch, Ontario Ministry of Health, Toronto, Ontario, Canada; 5. National Laboratory for Enteric Pathogens, Health Canada, Winnipeg, Manitoba, Canada; 6. Canadian Food Inspection Agency, Ottawa, Ontario, Canada; 7. Public Health Branch, New Brunswick Ministry of Health, Fredericton, New Brunswick, Canada; 8. United States, Food and Drug Administration, Rockville, MD; 9. California Dept of Health Services, Sacramento, CA; 10. Department of Microbiology, University of New Hampshire, Durham, NH.

INTERNATIONAL NOTES

REVISION OF THE INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS – PROGRESS REPORT, MAY 2002

The stated purpose of the International Health Regulations (IHR) is "to ensure the maximum security against the international spread of diseases with a minimum interference with world traffic". The current regulations consist of provisions for the reporting to the World Health Organization (WHO) of cases of three diseases (cholera, plague and yellow fever), and a series of articles setting out measures to be implemented at points of arrival and departure (ports, airports and frontier posts) and in international conveyances (e.g., ships, aircraft). In 1995, the World Health Assembly adopted resolution WHA48.7 on "Revision and updating of the International Health Regulations" requesting that the IHR be revised to take more effective account of the threat posed by the international spread of new and re-emerging diseases. Since the 1995 resolution, regular updates on progress of the revision project have been published in the Weekly Epidemiological Record.

Global health security: epidemic alert and response

In 2001, the World Health Assembly adopted resolution WHA54.14 on "Global health security: epidemic alert and response" in which the revision of the IHR is explicitly linked to WHO's activities to support its Member States in identifying, verifying and responding to "health emergencies of international concern". In addition, support was expressed for two key elements of the proposed IHR revision: the development of criteria to define what constitutes a public health emergency of international concern for notification under the revised regulations and the identification by all WHO Member States of national focal points to work with the IHR project in WHO.

The WHO strategy for Global health security: epidemic alert and response (Figure 1) has three main components: (i) specific programs for the prevention and control of known epidemic threats such as influenza, meningococcal disease or cholera; (ii) the detection and response to health emergencies resulting from unexpected circumstances or unknown etiologies; and (iii) the improving of preparedness through the strengthening of national infrastructures for disease surveillance and response. These three types of activity are fundamentally underpinned by the partnerships that WHO has built up with international agencies and a wide variety of institutions around the globe. The revised IHR will provide the necessary framework within WHO's global public health mandate to carry out these activities. The implementation of the WHO strategy for Global health security: epidemic alert and response will link the IHR with activities at global and national levels, requiring significant commitment from all countries. From this perspective, the formal adoption of the IHR by the Health Assembly will provide the necessary and visible commitment from WHO's Member States.

Guelph (Ontario); 3. Laboratoire central de santé publique, ministère de la Santé de l'Ontario, Toronto (Ontario); 4. Service de lutte contre les maladies, Direction de la santé publique, ministère de la Santé de l'Ontario, Toronto (Ontario); 5. Laboratoire national pour les entéropathogènes, Santé Canada, Winnipeg (Manitoba); 6. Agence canadienne d'inspection des aliments, Ottawa (Ontario); 7. Services de la santé publique, ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick, Fredericton (Nouveau-Brunswick); 8. Etats-Unis, Food and Drug Administration, Rockville, MD; 9. California Dept of Health Services, Sacramento, CA; 10. Department of Microbiology, University of New Hampshire, Durham, NH.

NOTES INTERNATIONALES

RÉVISION DU RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL – RAPPORT DE SITUATION, MAI 2002

Le Règlement sanitaire international (RSI) a pour but «d'assurer le maximum de sécurité contre la propagation des maladies d'un pays à l'autre moyennant le minimum d'entraves au trafic mondial». Le Règlement actuel contient les dispositions concernant la notification à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) des cas de trois maladies (choléra, peste et fièvre jaune), ainsi qu'une série d'articles énonçant les mesures à appliquer à l'arrivée et au départ (ports, aéroports et postes frontières) et dans les moyens de transport internationaux (p.ex., navires, aéronefs). En 1995, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA48.7 sur la «Révision et mise à jour du Règlement sanitaire international» demandant que le RSI soit révisé de façon à tenir davantage compte de la menace que constitue la propagation internationale des maladies nouvelles et réémergentes. Depuis la résolution de 1995, le Relevé épidémiologique hebdomadaire a publié plusieurs mises à jour pour faire le point de la révision du Règlement.

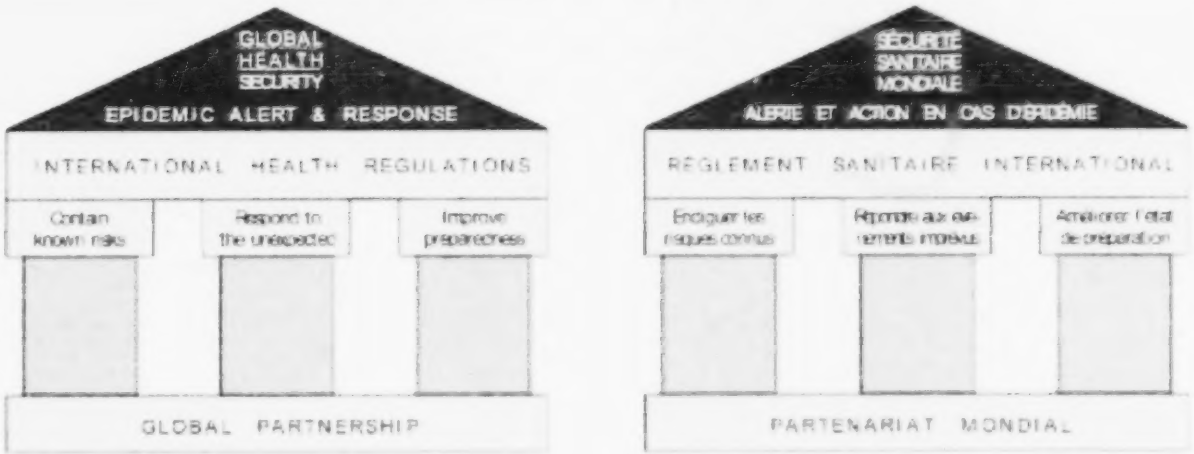
Sécurité sanitaire mondiale : alerte et action en cas d'épidémie

En 2001, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA54.14 intitulée «Sécurité sanitaire mondiale : alerte et action en cas d'épidémie» dans laquelle la révision du RSI est expressément reliée aux activités de l'OMS visant à aider les Etats Membres à identifier et vérifier les «urgences sanitaires de portée internationale» et à y répondre. En outre, un appui a été exprimé en faveur de deux éléments clefs de la révision envisagée du RSI, à savoir l'élaboration de critères visant à définir une urgence pour la santé publique de portée internationale à notifier en vertu du Règlement révisé et l'identification par tous les Etats Membres de l'OMS de points focaux nationaux chargés de collaborer avec le projet RSI à l'OMS.

La stratégie OMS pour la Sécurité sanitaire mondiale : alerte et action en cas d'épidémie (figure 1) se compose de trois éléments principaux : i) des programmes spécifiques contre des menaces d'épidémies connues comme la grippe, les méningococcies ou le choléra visant à les prévenir et à les combattre; ii) la détection des urgences sanitaires résultant de circonstances imprévues ou d'étiologie inconnue et les mesures prises pour y faire face; et iii) l'amélioration de la préparation pour faire face aux problèmes par le renforcement des infrastructures nationales de surveillance et d'action. Ces trois types d'activité sont fondamentalement appuyés par les partenariats mis en place par l'OMS avec les organismes internationaux et un large éventail d'institutions du monde entier. Le RSI révisé offrira le canevas nécessaire dans le cadre du mandat de santé publique mondial de l'OMS pour entreprendre ces activités. La mise en œuvre de la stratégie mondiale pour la Sécurité sanitaire mondiale : alerte et action en cas d'épidémie reliera le RSI aux activités aux niveaux mondial et national et nécessitera un engagement significatif de la part de tous les pays. De ce point de vue, l'adoption formelle du RSI par l'Assemblée de la Santé constituera l'engagement nécessaire et visible des États Membres de l'OMS.

Figure 1: Illustration of the World Health Organization strategy for global health security

Figure 1 : Illustration de la stratégie de l'Organisation mondiale de la Santé pour la sécurité sanitaire mondiale



Public health emergencies of international concern

It has always been central to the IHR revision process that the requirement to notify WHO has to be broadened in scope from the present three diseases listed in the regulations. The pilot study undertaken in 1998 demonstrated that replacement of the listed diseases by a series of syndromes was not a feasible approach from the regulatory viewpoint. WHO has since worked with the Swedish Institute of Infectious Diseases to define the type of health-related events that would ideally be notified under the revised regulations. This partnership has resulted in the development of a limited number of criteria that can be used to identify public health emergencies of international concern. A tool, based on these criteria, for use at global and national level will be tested in the next 6 months prior to incorporation into the revised draft regulations. The tool will assist the decision on the revised regulations to notify or not by answering four key questions: Is the event serious? Is the event unexpected? Is it likely that there will be international spread? And is it likely that the event will result in international restrictions to travel or trade?

In addition to defining the health emergencies to be notified, it is proposed that the revised IHR define the capacities that a national disease surveillance system will require in order for such emergencies to be detected, evaluated and responded to in a timely manner. Such capacities already exist in some Member States, but it is recognized that many national systems will not be able to achieve such a level of functionality by the time the revised regulations are planned to come before the Health Assembly in 2004. For these countries, a clear statement of what the IHR requires from a surveillance system will be a useful target to aim for in strengthening national disease surveillance and response systems and achieving a globally agreed minimum standard.

The scope of the revised IHR will be increased to take account of information coming from sources in addition to official notification by Member States. The established WHO outbreak verification system already receives information about outbreak events from a variety of sources.

Urgences pour la santé publique de portée internationale

Le processus de révision du RSI a toujours admis comme principe de base la nécessité d'élargir l'obligation de la notification à l'OMS au-delà des trois maladies actuellement visées par le Règlement. L'étude pilote entreprise en 1998 a démontré que le remplacement des maladies figurant dans la liste par une série de syndromes n'est pas réalisable du point de vue réglementaire. Depuis, l'OMS a collaboré avec l'Institut suédois des maladies infectieuses pour définir le type d'événements liés à la santé qu'il conviendrait de notifier dans le cadre du Règlement révisé. Ce partenariat a débouché sur l'élaboration d'un nombre limité de critères pouvant être utilisés pour identifier des urgences pour la santé publique de portée internationale. Un instrument fondé sur ces critères, destiné à être utilisé aux niveaux mondial et national, sera éprouvé au cours des 6 prochains mois avant d'être incorporé au nouveau projet de Règlement. L'instrument contribuera à la décision à prendre sur la nécessité ou non de notifier en répondant à quatre questions fondamentales : S'agit-il d'un événement sérieux? L'événement est-il inattendu? Une propagation internationale est-elle probable? Est-il probable que l'événement entraînera des restrictions internationales aux voyages ou aux échanges commerciaux?

Outre la définition des urgences sanitaires à notifier, il est proposé que le RSI révisé définisse les capacités dont un système national de surveillance des maladies devra disposer pour que ces urgences soient détectées, soient évaluées et fassent l'objet d'une riposte rapide. Ces capacités existent déjà dans certains États Membres, mais il est reconnu que de nombreux systèmes nationaux ne seront pas en mesure d'atteindre un tel niveau opérationnel d'ici à la présentation du Règlement révisé à l'Assemblée de la Santé en 2004. Pour ces pays, l'établissement d'un énoncé précis de ce que devra assurer un système de surveillance en vertu du RSI constituera une cible utile pour renforcer les systèmes nationaux de surveillance et de riposte et pour parvenir à une norme minimale mondialement acceptée.

La portée du RSI révisé sera élargie pour tenir compte des informations provenant de sources autres que la notification officielle par les États Membres. Le système établi de vérification des flambées de l'OMS reçoit déjà des informations sur les flambées provenant de différentes sources.

Under the revised IHR, WHO will undertake to support Member States with technical assistance at their request in taking the appropriate measures to investigate, control and contain the emergencies notified. Through the Global Outbreak Alert and Response Network, established in April 2000, WHO can secure the support required from among > 100 network partners able to provide the international community with highly qualified staff and special technical supplies. Since early 2000, WHO and the Network have launched effective international responses to outbreaks in > 12 countries.

The revised IHR will provide for the recommendation by WHO of time-limited measures, based on WHO's assessment of the risk associated with any public health emergency notified.

Routine preventive measures

The routine preventive measures already provided in the current IHR will be updated to take account of changes in the nature and extent of international travel and commerce as well as advances in the technology of the control of environmental disease hazards.

The IHR will continue to make direct reference to WHO guidelines that provide technical recommendations about how to achieve the requirements of the IHR. The Guide to ship sanitation and the Guide to hygiene and sanitation in aviation are both being revised and updated by the WHO Programme on Sustainable Development and Healthy Environments. Two new guides will be developed for the revised IHR: a guide to early warning systems in disease surveillance and an operational guide to facilitate the application of the revised IHR.

IHR focal points

The revised regulations will include the obligation for Member States to collaborate with WHO, through nominated national IHR focal points, to verify the content of reports obtained from non-official sources where the events described may meet the criteria for notification to WHO.

National IHR focal points will become a key means of communication between the Organization and its Member States for both the IHR revision process and the implementation of the revised regulations. After adoption of the regulations, the focal points will be the means through which a dialogue can be held with WHO regarding the notification of any health emergencies under the regulations. The focal point will also be the channel through which recommended measures to contain a public health emergency of international concern will be disseminated to Member States.

Revision process

The IHR were created for the Member States of WHO and can only be adopted and implemented by Member States: it is therefore crucial to the revision project that countries participate in the process at every stage. The project team is seeking to facilitate this involvement through the identification of national focal points, through individual country visits where these are requested, through active participation at global, regional and sub-regional meetings on issues relevant to the IHR and through inviting national representation at expert meetings held to develop the revised regulations. The first (non-regulatory) draft of the revised regulations will be shared with Member States at the end of 2002, at which time meetings are planned for all WHO regions with the

Dans le cadre du RSI révisé, l'OMS s'engagera à aider les États Membres en apportant un appui technique sur demande en prenant les mesures appropriées qui s'imposent pour analyser, combattre et endiguer les urgences notifiées. Par le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie, créé en avril 2000, l'OMS peut obtenir l'appui nécessaire de > 100 partenaires du Réseau capables de mettre à la disposition de la communauté internationale des collaborateurs hautement qualifiés et des fournitures techniques spéciales. Depuis le début de 2000, l'OMS et le Réseau ont pris des mesures internationales efficaces face aux flambées dans > 12 pays.

Le RSI révisé prévoira la recommandation par l'OMS de mesures limitées dans le temps sur la base de l'évaluation qu'aura faite l'OMS du risque associé à une urgence pour la santé publique qui aura été notifiée.

Mesures préventives systématiques

Les mesures préventives systématiques déjà prévues par le RSI actuel seront mises à jour pour tenir compte des modifications apportées à la nature et à la portée des voyages et des échanges commerciaux internationaux, ainsi que des progrès de la technologie de lutte contre les risques de maladies liées à l'environnement.

Le RSI continuera de se référer directement aux principes directeurs de l'OMS qui fournissent des recommandations techniques sur les moyens de satisfaire aux conditions du RSI. Le *Guide d'hygiène et de salubrité à bord des navires* et le *Guide d'hygiène et de salubrité dans les transports aériens* sont tous deux en train d'être révisés et mis à jour par le Programme OMS de développement durable et milieux favorables à la Santé. Deux nouveaux guides seront établis à l'intention du RSI révisé : un guide des systèmes d'alerte rapide pour la surveillance des maladies et un guide opérationnel pour faciliter l'application du RSI révisé.

Points focaux du RSI

En vertu du Règlement révisé, les États Membres seront tenus de collaborer avec l'OMS par l'intermédiaire de points focaux du RSI nommés au niveau national et chargés de vérifier le contenu des informations provenant de sources non officielles s'il se peut que les événements décrits remplissent les critères de notification à l'OMS.

Les points focaux nationaux du RSI deviendront un moyen important de communication entre l'Organisation et les États Membres aussi bien pour le processus de révision du RSI que pour l'application du nouveau Règlement. Après l'adoption du Règlement, c'est par l'intermédiaire des points focaux qu'un dialogue s'instaurera avec l'OMS concernant la notification des urgences sanitaires prévue par le Règlement. Le point focal sera également le moyen par lequel les mesures recommandées visant à endiguer une urgence pour la santé publique de portée internationale seront diffusées aux États Membres.

Révision du processus

Le RSI a été créé à l'intention des États Membres de l'OMS et ne peut être adopté et mis en œuvre que par eux : il est donc indispensable que les pays participent à tous les stades du processus de révision. L'équipe du projet cherche à faciliter cette participation par l'identification des points focaux nationaux et par des visites individuelles dans les pays lorsqu'elles sont demandées, ainsi qu'en prenant une part active aux réunions aux niveaux mondial, régional et sous-régional sur les questions intéressant le RSI et en invitant les pays à se faire représenter aux réunions d'experts organisées pour élaborer le Règlement révisé. L'avant-projet du Règlement révisé sera diffusé aux États Membres à la fin 2002, et des réunions sont alors prévues pour toutes les régions de l'OMS afin d'arriver à un consensus sur la nature des dispositions de santé publique devant figurer dans le texte du

objective of consensus on the nature of the public health provisions to be included in the regulatory text. It is planned that the first regulatory draft will be sent out for discussion early in 2003 with a final version available by October 2003 in order that it can be put forward for adoption by the Health Assembly in 2004.

Source: *WHO Weekly Epidemiological Record, Vol 77, No 19, 2002.*

DRACUNCULIASIS ERADICATION
KHARTOUM DECLARATION ON GUINEA-WORM ERADICATION, SUDAN, 2002

The seventh meeting of dracunculiasis eradication program managers organized by the Government of Sudan, the Carter Center, the United Nations Children's Fund (UNICEF) and World Health Organization (WHO) was held in Khartoum from 4 to 7 March 2002. Participants from 13 endemic countries and five countries in the pre-certification stage, together with representatives of several international and non-governmental organizations and sponsoring agencies, attended the meeting. The national dracunculiasis eradication program managers presented their respective reports for 2001, including the epidemiology of the disease in their countries, the status of interventions during 2001, and plans to enhance the eradication process and intensify interventions in 2002. In parallel to the meeting, training sessions were held for 18 national data managers on an advanced version of HealthMap, an application of a geographical information system. Partnership meetings were also held with program managers to discuss budgets for 2002-2003. The meeting was marked by a WHO-convened ministerial round table on "Accelerated interruption of transmission and steps towards country certification" (which took place after the opening ceremony) that yielded the following declaration:

Khartoum declaration on guinea-worm eradication

The ministerial round table on eradication of guinea-worm disease took place in Khartoum (Sudan) on 4 March 2002. Ministers of health or their representatives from countries where guineaworm transmission continues to occur (Benin, Burkina Faso, Central African Republic, Côte d'Ivoire, Ethiopia, Ghana, Niger, Sudan, Uganda) and those which have recently interrupted transmission (Cameroon, Chad and Yemen) participated in the round table. The ministers reiterated their commitment to achieve eradication of the disease as soon as possible and adopted the following Declaration:

We, the undersigned ministers of countries still endemic for guinea-worm disease and of countries in the pre-certification stage,

I. Recognize that:

much has been achieved to eradicate guinea-worm disease, with > 95% reduction in cases reported worldwide between 1989 and 2001, about 64 000 cases reported in 2001, and over 150 countries and territories already certified free of parasite transmission.

II. Nevertheless, we must acknowledge that:

a) the disease continues to affect the poorest populations deprived of access to basic health care provision, safe water supply and health education;

Reglement proprement dit. Il est prévu que le premier projet de Reglement proprement dit soit diffusé pour examen au début de 2003, la version finale devant être établie en octobre 2003 afin d'être soumise à l'adoption de l'Assemblée de la Santé en 2004.

Source : *Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, Vol 77, N° 19, 2002.*

ÉRADICATION DE LA DRACUNCULOSE
DÉCLARATION DE KHARTOUM SUR LE VER DE GUINÉE, SOUDAN, 2002

La septième réunion des responsables du programme d'éradication de la dracunculose organisée par le Gouvernement soudanais, le Carter Center, les Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a eu lieu à Khartoum du 4 au 7 mars 2002 en présence de participants de 13 pays d'endémie et de cinq pays parvenus au stade de la précertification, ainsi que de représentants de plusieurs organisations internationales et non gouvernementales et d'organismes parrainants. Les responsables nationaux des programmes d'éradication de la dracunculose ont présenté leurs rapports respectifs pour 2001 concernant notamment l'épidémiologie de la maladie dans leur pays, le point des interventions en 2001 et les plans visant à renforcer le processus d'éradication et à intensifier les interventions en 2002. Parallèlement, des stages de formation ont été organisés à l'intention de 18 responsables des données nationales concernant une version avancée de HealthMap, une application d'un système d'information géographique. Des réunions de partenariat ont également eu lieu avec les responsables de programmes pour examiner le budget 2002-2003. La réunion a été marquée par une table ronde ministérielle organisée à la demande de l'OMS après la cérémonie d'ouverture et concernant «L'accélération de l'interruption de la transmission et les mesures en vue de la certification par pays»; la déclaration suivante en a résulté :

Déclaration de Khartoum pour l'éradication du ver de guinée

Une table ronde ministérielle sur l'éradication du ver de guinée a eu lieu à Khartoum, au Soudan, le 4 mars 2002. Les ministres de la Santé ou leurs représentants des pays d'endémie (le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, l'Éthiopie, le Ghana, le Niger, l'Ouganda, la République centrafricaine et le Soudan) et de ceux qui ont récemment interrompu la transmission (le Cameroun, le Tchad et le Yemen). Ceux-ci ont réaffirmé leur volonté d'éradiquer la maladie le plus rapidement possible et ont adopté la déclaration suivante :

Nous soussignés, ministres de la santé des pays d'endémie dracunculienne et des pays en phase de précertification,

I. Reconnaissons que :

de nombreux efforts ont été faits pour éradiquer le ver de guinée : réduction de > 95 % de l'ensemble des cas déclarés entre 1989 et 2001, avec seulement 64 000 cas notifiés en 2001 et plus de 150 pays et territoires déjà certifiés exempts de transmission.

II. Mais constatons cependant que :

a) la maladie continue d'affecter les populations les plus pauvres, privées d'accès aux soins de santé élémentaires, à l'eau potable et à l'éducation sanitaire;

b) in the last areas where the disease is present, it remains a barrier to development as it affects the workforce of the society and prevents children from attending school;

c) the interest in combatting the disease reduces when the number of cases approaches zero, we must resist the tendency to shift resources and attention when it is crucial to consolidate the interruption of transmission, which will permit eradication of the disease once and for all;

d) as there is a high risk of re-introduction of the disease, it is necessary to maintain eradication efforts until the last country is certified free of the disease.

III. We commit ourselves to provide leadership and to continue maximum focused political and technical efforts towards eradication in our countries by:

a) providing additional national resources for eradication interventions and timely release of funds;

b) strengthening intersectoral collaboration to improve health education programmes and increase access to safe drinking-water;

c) implementing effective surveillance and monitoring before and after interruption of transmission within the standards required by WHO for certification;

d) increasing social mobilization, advocacy, capacity building and empowerment;

e) adopting an integrated approach within the primary health care system;

f) ensuring dedication and commitment of all personnel involved in the assault against guinea-worm disease;

g) collaborating with neighbouring countries to tackle transborder foci;

h) promoting peace to allow health interventions to take place in all affected areas.

IV. We call on our partners to:

a) support the promotion of effective peace processes where needed;

b) provide the additional financial resources needed to complete the guinea-worm eradication campaign.

WHO editorial note. Dracunculiasis, or guinea-worm disease, is the first parasitic disease targeted for eradication. Great progress has been made during the past 15 years, with cases reduced from about 900 000 in 1989 to about 64 000 in 2001. The eradication goal is within sight. Nevertheless, further acceleration in implementing dracunculiasis eradication strategies will be required, particularly in countries affected by civil conflict such as Sudan, where about 78% of the cases worldwide were reported in 2001. Political commitment by all partners, including the ministers of health, is very important to make sure that the investment already made is preserved and that endemic countries and countries in the pre-certification stage are fully supportive in taking the last steps to eradicate dracunculiasis, even if this may be the most difficult part of the journey towards eradication.

Source: *WHO Weekly Epidemiological Record, Vol 77, No 18, 2002.*

b) dans les dernières régions d'endémie, la maladie reste un obstacle au développement puisqu'elle touche les forces vives de la société et entrave la scolarité des enfants;

c) l'intérêt à combattre la maladie décroît lorsque le nombre de cas tend vers zéro. Nous devons nous garder de réaffecter prématurément les ressources et continuer à nous mobiliser au moment où il est crucial d'interrompre définitivement la transmission pour éradiquer la maladie une fois pour toutes;

d) le risque de réintroduction de la maladie étant élevé, il est indispensable de poursuivre les efforts d'éradication jusqu'à la disparition du dernier ver et jusqu'à la certification de tous les pays.

III. Nous nous engageons à maintenir le cap et à continuer de concentrer au maximum l'action politique et technique jusqu'à l'objectif final dans nos pays en :

a) fournissant des ressources nationales additionnelles aux interventions liées à l'éradication en nous assurant que les fonds soient disponibles en temps utile;

b) renforçant la collaboration intersectorielle pour améliorer les programmes d'éducation sanitaire et augmenter l'accès à l'eau potable;

c) assurant une surveillance efficace, qui sera maintenue après l'interruption de la transmission, conformément aux normes de certification établies par l'OMS;

d) multipliant les activités de mobilisation sociale, de développement des compétences et de renforcement de l'autonomie;

e) adoptant une approche intégrée au système des soins de santé primaires;

f) s'assurant du dévouement et de l'engagement de tous les personnels impliqués dans la lutte contre le ver de guinée;

g) collaborant avec les pays voisins pour combattre les foyers transfrontaliers;

h) prônant la paix pour étendre la mise en œuvre des interventions sanitaires à toutes les régions.

IV. Nous appelons nos partenaires à :

a) soutenir la promotion des efforts de paix là où ils sont nécessaires;

b) fournir les ressources financières supplémentaires indispensables pour mener à bien l'éradication du ver de guinée.

Note éditoriale de l'OMS. La dracunculose, ou ver de guinée, est la première maladie parasitaire pour laquelle on vise l'éradication. D'énormes progrès ont été faits au cours de ces 15 dernières années avec notamment une réduction des cas puisqu'on est passé de 900 000 en 1989 à 64 000 en 2001. L'éradication est en vue. Il faut cependant accélérer le processus de mise en œuvre des stratégies d'éradication de la dracunculose, surtout dans des pays comme le Soudan, touché par des conflits civils et où l'on signale, en 2001, environ 78 % des cas recensés dans le monde. L'engagement politique de tous les partenaires, y compris des ministres de la Santé, est très important car il faut s'assurer que l'investissement déjà réalisé est préservé et que les pays d'endémie ou en phase de précertification soutiennent complètement les dernières phases d'éradication de la dracunculose, même si elles représentent la partie la plus difficile sur le chemin de l'éradication.

Source : *Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, Vol, N° 18, 2002.*

ERRATA

National Advisory Committee on Immunization (NACI)

STATEMENT ON RECOMMENDED USE OF PNEUMOCOCCAL CONJUGATE VACCINE

ACS-2, JANUARY 2001

On page 3, in Table 1, please replace the number **2** in the ≤ 15 years of age row (in the Quebec column) with **24.6**.

On the same page, in Table 2, please replace **11.4** in the MVT insertion row (in the 6 to 11 months column) with **14.5**.

The html version of this statement has been updated accordingly.

ERRATA

Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI)

DÉCLARATION SUR L'UTILISATION RECOMMANDÉE DU VACCIN CONJUGUÉ CONTRE LE PNEUMOCOQUE

DCC-2, JANVIER 2001

Veuillez remplacer à la page 4, tableau 1, à la ligne de ≤ 15 ans (sous la colonne pour le Québec), le chiffre **2** par **24,6**.

Au tableau 2 de la même page, veillez remplacer a la ligne PDT (sous la colonne de 6 à 11 mois), le chiffre **11,4** par **14,5**.

La version html a été mise à jour.

Our mission is to help the people of Canada maintain and improve their health.

Health Canada

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes a maintenir et a améliorer leur état de santé.

Santé Canada

The Canada Communicable Disease Report (CCDR) presents current information on infectious and other diseases for surveillance purposes and is available through subscription. Many of the articles contain preliminary information and further confirmation may be obtained from the sources quoted. Health Canada does not assume responsibility for accuracy or authenticity. Contributions are welcome (in the official language of your choice) from anyone working in the health field and will not preclude publication elsewhere.

Eleanor Paulson, Editor-in-Chief, (613) 957-1788
Rachel Gertzler, Editor, (613) 952-3299
Nicole Beaudoin, Assistant Editor, (613) 957-0841
Francine Boucher, Desktop Publishing

Submissions to the CCDR should be sent to the:
Editor
Population and Public Health Branch
Scientific Publication and Multimedia Services
Tunney's Pasture, A.L. 0602C2
Ottawa, Ontario K1A 0L2

To subscribe to this publication, please contact:
Canadian Medical Association
Member Service Centre
1867 Alta Vista Drive, Ottawa, ON Canada K1G 3Y6
Tel. No.: (613) 731-8610 Ext. 2307 **or** (888) 855-2555
FAX: (613) 236-8864

Annual subscription: $96 (plus applicable taxes) in Canada; $126 (U.S.) outside Canada.

This publication can also be accessed electronically via Internet using a Web browser at <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/ccdr-rmtc>.

(On-line) ISSN 1481-8531

Publications Mail Agreement No. 40064383

© Minister of Health 2002

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires; mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Santé Canada ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix) à la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Eleanor Paulson, Rédactrice en chef, (613) 957-1788
Rachel Gertzler, Rédactrice, (613) 952-3299
Nicole Beaudoin, Rédactrice adjointe, (613) 957-0841
Francine Boucher, Éditique

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à :
Rédactrice
Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Services de publications scientifiques et multimédias, pré Tunney, I.A. 0602C2
Ottawa (Ontario) K1A 0L2

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :
Association médicale canadienne
Centre des services aux membres
1867 promenade Alta Vista, Ottawa (Ontario), Canada K1G 3Y6
N° de tel. : (613) 731-8610 Poste 2307 **ou** (888) 855-2555
FAX : (613) 236-8864

Abonnement annuel : 96 $ (et frais connexes) au Canada; 126 $ US à l'étranger.

On peut aussi avoir acces électroniquement a cette publication par Internet en utilisant un explorateur Web, a <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/ccdr-rmtc>.

(En direct) ISSN 1481-8531

Poste-publications n° de la convention 40064383

© Ministre de la Santé 2002